

tie complète des voies lacrymales, de la conjonctive et même, le cas échéant, de la chambre antérieure (Sæmisch).

Plusieurs chirurgiens estiment que la cautérisation ignée est plus nuisible qu'utile en ce qu'elle détruit radicalement les points de la cornée qu'elle a intéressés. Des injections sous-conjonctivales de sublimé, des applications topiques d'iodoforme et de bleu de méthylène suffiraient, pour eux, à enrayer le mal dans les cas les plus graves.

Le fer rouge trouve encore son application dans les *suppurations cornéennes, traumatiques et opératoires*. Après extraction de la cataracte, iridectomie, sclérotomie, etc., il peut toujours se produire une infiltration purulente de la plaie oculaire. Dans ces conditions, il y a lieu de se comporter comme dans l'ulcère à hypopyon et de pratiquer l'antisepsie péri-oculaire, lacrymale et conjonctivale, intra-oculaire et kératique. Les irrigations oculaires, l'ouverture de la chambre antérieure et la cautérisation ignée des lèvres infiltrées sont excellentes. La cautérisation doit être vigoureuse, profonde et répétée. On arrive ainsi à de bons résultats et on obtient ultérieurement une vision convenable. On pourra même conserver certaines cornées infiltrées, menacées de suppurations diffuses, et éviter la panophtalmie. Les injections sous-conjonctivales de sublimé, le froid et les mercuriaux sont d'ailleurs de précieux adjuvants.

Le fer rouge n'est employé dans la cure du *ptérygion* que depuis quelques années (G. Martin). Créer une plaie opératoire unie, activer la cicatrisation et au besoin modifier la nutrition et détruire les microbes, tel est le but complexe de l'application ignée. La cautérisation dans le ptérygion doit être large, mais prudente. Lorsque la lésion recouvre toute la moitié correspondante de la cornée, la pénètre profondément, il faut agir modérément avec le fer rouge et se tenir en garde contre une perforation de la chambre antérieure. L'ésérine et la compression constituent d'utiles auxiliaires.

## CHAPITRE VII

## ANAPLASTIE

L'anaplastie ou anaplasie — *ἀναπλάσσειν*, réfection — a pour objet de rétablir la forme des parties détruites; elle comprend l'autoplastie et la greffe ou hétéroplastie.

Elle convient, en oculistique, à un grand nombre de cas et peut être divisée en palpébrale, conjonctivale ou globale.

§ 457. **Autoplastie.** — Ici le lambeau appartient au sujet et reste pédiculé, au moins provisoirement, à son point d'origine. L'autoplastie comprend les méthodes française, indienne, italienne, qui contiennent elles-mêmes un très-grand nombre de procédés.

La *méthode française* consiste dans l'emploi de lambeaux obtenus, au niveau de la plaie à combler, par glissement, inclinaison, pivotement (Denonvilliers), ou disposés en anse (L. Tripier). Après anesthésie générale ou locale, on dissèque la peau autour de la plaie vive ou avivée, on la mobilise, puis, après coaptation exacte des bords, on suture; ou bien on taille un lambeau au niveau de la plaie, on le pédiculise largement et on le glisse ou on le fait pivoter de manière à la recouvrir exactement. Son emploi est de beaucoup le plus fréquent. On doit rechercher des lambeaux amples et souples, tenir compte des poils et observer rigoureusement les règles de l'antisepsie.

Dans la *méthode indienne* on se sert de lambeaux taillés dans le voisinage de la plaie, lambeaux que l'on applique en tordant leur pédicule comme dans la rhinoplastie frontale. On l'utilise plus rarement. Les lambeaux doivent être très amples pour tenir compte de la rétraction.

La *méthode italienne* est une autoplastie à grande distance de la plaie. P. Berger a perfectionné cette méthode italienne et renouvelé les procédés des frères Tagliacozzi en rendant ces

opérations plus pratiques. On se sert, pour les paupières, de la peau du bras qu'on maintient avec un appareil inamovible au-dessus de la tête.

L'*autoplastie muqueuse* peut être pratiquée, soit qu'on utilise la conjonctive, soit qu'on emploie la peau celle-ci devenant muqueuse; on lui préfère toutefois l'hétéroplastie.

§ 458. **Hétéroplastie.** — C'est la véritable greffe. Le lambeau est pris à un autre sujet ou au même sujet (Lefort), mais complètement et d'emblée détaché. Cette méthode remonterait aux anciens fakirs de l'Inde.

L'hétéroplastie est surtout connue depuis Reverdin qui, en 1869, sema sur les plaies des greffes épidermiques et depuis Ollier, qui, en 1872 préconisa les greffes dermo-épidermiques; Thiersch employa ultérieurement de grands lambeaux dermo-cutanés; Lefort (1872) et plus tard Wolfe (1875) appliquèrent aussi de véritables lambeaux cutanés à la blépharoplastie.

La méthode d'Ollier-Thiersch et celle de Lefort-Wolfe ont quelques applications, mais, en général, on devra préférer l'autoplastie quand elle sera seulement possible, même avec du tissu cicatriciel, pour la confection des lambeaux.

L'*hétéroplastie muqueuse* a été appliquée à la conjonctive. Les muqueuses labiale, rectale, vaginale ont été greffées. On a fait de la muqueuse avec de la peau comme de la peau avec de la muqueuse. Nous avons aisément et plusieurs fois transplanté la muqueuse labiale sur la conjonctive et remplacé le bord ciliaire muco-cutané par la peau de la joue ou du front, mais sans grand avantage définitif.

Pour la *greffe épidermique de Reverdin*, on taille sur les membres avec un rasoir ou un bistouri, en dédolant, de petits lambeaux épidermiques ou plutôt dermo-épidermiques puis on les dépose les uns à côté des autres sur la plaie du côté, de leur face profonde et on les y maintient avec un pansement contentif. Chaque îlot épidermique devient un foyer de génération cicatricielle.

Dans la *greffe dermo-épidermique d'Ollier*, les lambeaux

comprennent une partie du derme et sont plus longs, mais leur cueillette et leur disposition restent les mêmes.

La *greffe de Thiersch* est analogue à celle d'Ollier et n'en diffère que par l'étendue parfois très grande des lambeaux atteignant jusqu'à 8 à 10 centimètres de long sur 3 ou 4 de large. On les dispose les uns contre les autres, parfois imbriqués. La taille des lambeaux doit être faite, la peau bien tendue, et très soigneusement avec un rasoir bien affilé; il est d'ailleurs souvent difficile de leur donner une largeur et une épaisseur uniformes.

On récolte ces greffes sur la face externe de la cuisse, du bras ou de l'avant-bras; on peut même emprunter des lambeaux à un autre sujet, en évitant ceux qui sont suspects de tuberculose ou de syphilis. L'anesthésie est utile, l'hémostase nécessaire, l'antisepsie de rigueur. La plaie doit être récente ou avivée par le râclage des bourgeons charnus.

La *greffe à lambeau cutané de Lefort et Wolfe* exige un lambeau unique, un peu ample ( $\frac{1}{3}$  en plus à cause de la rétraction), dépouillé de son pannicule adipeux. Quelques sutures et une compression légère; parfois le lambeau tient sans sutures sous un pansement bien exactement appliqué.

§ 459. **Zooplastie.** — La peau ou la muqueuse labiales ont été utilisées comme greffe cutanée ou muqueuse. La muqueuse linguale ou palatine du veau, la peau axillaire de poulet, n'ont pas donné de bons résultats. La peau du dos de la grenouille a eu plus de succès et est encore employée. La conjonctive du lapin est usitée dans la zooplastie muqueuse, mais s'enroule facilement et reste peu maniable.

La *transplantation de la cornée* a été tentée bien des fois (Wolfe) mais sans résultat appréciable. Toutefois von Hippel, en ménageant la membrane de Descemet, a pu enlever au trépan des portions de la cornée opaque et les remplacer par de la cornée transparente; il aurait eu quelques succès.

La *transplantation totale* du globe, de l'animal à l'homme, malgré l'antisepsie et une exacte coaptation, n'a jamais donné de résultat satisfaisant (Chibret, Bradford, Rohmer); il n'y a

pas eu soudure optique ou bien il s'est produit une résorption rapide et presque complète de l'œil.

**Indications de l'anaplastie.** — L'anaplastie est applicable à tous les cas où la restauration, soit de la forme, soit de la fonction est nécessaire ou seulement désirable.

Pour certains symblépharons, les entropions granuleux, la plupart des ectropions, l'anaplastie paraît indispensable. Il en est de même après l'ablation des grosses tumeurs et surtout des larges épithéliomes si fréquents aux paupières. Verneuil et Valude, toutefois, défendent l'anaplastie secondaire, préférant n'appliquer de lambeau qu'après que la zone opératoire a été comblée partiellement par la cicatrisation. On peut ainsi d'ailleurs mieux surveiller la plaie et réagir promptement contre toute repullulation néoplasique.

L'autoplastie est préférable à la greffe hétéroplastique ou zooplastique toutes les fois qu'elle est possible. Les partisans de la greffe ont accusé l'autoplastie de faire une nouvelle plaie, des cicatrices faciales, d'être irrationnelle, désagréable, et d'entraîner, en cas d'échec, une perte de substance. En réalité, plaies et cicatrices sont minimales, les téguments font rarement défaut, le tissu cicatriciel, sauf quand il est adhérent, peut servir de lambeau et les échecs restent exceptionnels. Au point de vue cosmétique même, le lambeau autoplastique normalement coloré est plus agréable que l'hétéroplastique qui reste blafard, boursoufflé et pâle. L'autoplastie par glissement ou pivotement vaut mieux que l'autoplastie à distance. Un cas de Berger, où les deux méthodes furent comparativement employées chez le même sujet, démontre la supériorité de l'autoplastie. Enfin, et c'est là le point le plus important, les résultats éloignés, excellents dans l'autoplastie, deviennent très mauvais dans l'hétéroplastie.

Les greffes dermo-épidermiques d'Ollier-Tiersch sont utiles, mais seulement quand l'anaplastie doit être superficielle, qu'il s'agit de cicatriser en surface rapidement une plaie cutanée, de sécher cette plaie ; dans des cas où il faut boucher un trou (Socin), elles sont insuffisantes. Pour la paupière, on ne

les emploiera que sur les plaies faciales, sans rétraction notable, après les ablations d'épithéliomes cutanés ayant respecté le muscle orbiculaire et le tarse. Landolt, dans un cas, a pu guérir ainsi, par greffes dermo-épidermiques, la plaie créée par la taille d'un lambeau autoplastique.

Les greffes de Reverdin ne conviennent qu'aux plaies bourgeonnantes et ont peu d'application en oculistique.

Les greffes zooplastiques ne sont avantageuses que pour la cicatrisation superficielle.

En résumé, l'autoplastie par la méthode française est pour nous le procédé de choix ; on doit tout faire pour le réaliser, et il convient à la grande majorité des cas.

L'autoplastie par la méthode italienne modifiée est réservée aux cas où l'autoplastie simple est impossible ; elle est parfois indiquée.

La greffe cutanée de Lefort et Wolfe est un procédé de nécessité qu'on appliquera aux cas dans lesquels l'autoplastie française ou italienne paraît irréalisable et où il existe une perte de substance à réparer.

Les greffes dermo-épidermiques d'Ollier et Thiersch s'appliquent seulement aux cicatrisations superficielles, aux plaies cutanées dans lesquelles on veut éviter toute rétraction ultérieure et où il n'y a pas un trou à combler.

Enfin les greffes épidermiques de Reverdin ne conviennent qu'à l'épidermisation dans les plaies bourgeonnantes superficielles.

## CHAPITRE VIII

### PROTHÈSE OCULAIRE. — ŒIL ARTIFICIEL

§ 460. — La prothèse oculaire a pour objet habituel l'application d'un œil artificiel dans un but esthétique ou thérapeutique.